



ANAGRAFICA CLIENTE

Nome e Cognome _____ Data di nascita: _____

Telefono _____ Indirizzo consegna: _____

Fascia Oraria consegna: dalle ore _____ alle ore _____

Mail: _____

ANAMNESI ALIMENTARE - AUTOCERTIFICAZIONE

> ALIMENTI INDESIDERATI:

Cereali: _____

Verdura: _____

Legumi: _____

Latticini: _____

Frutta: _____

Carne: _____

Pesce _____

Spezie/erbe aromatiche: _____

Uova/aglio/cipolla _____

> SEGNALAZIONI IMPORTANTI

Allergie alimentari: _____

Farmaci: _____

Patologie: _____

ABBONAMENTO

pranzo cena pranzo + spuntino pranzo+spuntino+cena

LUNEDÌ MARTEDÌ MERCOLEDÌ GIOVEDÌ VENERDÌ SABATO

Totale giorni _____ inizio dieta il ___/___/___ fine dieta il ___/___/___

Modalità pagamento: contanti bancomat bonifico

Data ___/___/___

Firma _____